

Fragebogen Coronavirus (COVID-19) für Patient*innen der Radiologie Itzehoe

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Begleitperson?

Name + Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

(1) Haben Sie aktuell folgende Beschwerden:

Fieber, Husten, Luftnot, Durchfall, Kopf- u. Gliederschmerzen

(bitte Zutreffendes unterstreichen!)

Ja

Nein

(2) Hatten Sie Kontakt mit einer Person, bei der eine Coronavirus-Infektion **festgestellt oder vermutet wird** oder waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem vom RKI definierten **Risikogebiet**?

Ja

Nein

(3) Wurde bei Ihnen bereits ein Abstrich genommen?

Ja wenn ja: Corona-positiv Corona-negativ
wann?: _____

Nein

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Angaben wahrheitsgemäß und vollständig getätigt zu haben. Darüber hinaus liegen mir keine weiteren Erkenntnisse vor, die eine sonstige Vermutung für eine Infektion mit dem Coronavirus vermuten lassen. Mir ist bewusst, dass ich für falsche Angaben ggf. in Haftung genommen werden kann.

Datum: _____

Unterschrift: _____